JUN 19

1922

Künstlicher Gaumen- und Kiefederersatz nach einseitiger Oberkieferresektion unter besonderer Berücksichtigung zweier selbstbeobachteter Fälle.

AUSZUG

AUS DER

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER WÜRDE EINES DOKTORS
DER ZAHNHEILKUNDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

VORGELEGT

VON

WALTER REISERT
ZAHNARZT AUS ERFURT

REFERENT: GEH.-RAT PROF. DR. KOERNER

HALLE (SAALE)
DRUCK VON KARRAS, KRÖBER & NIETSCHMANN
1922

Die Entwicklung der Zahnheilkunde bis zur heutigen Höhe ist der Erkenntnis zu verdanken, daß die Mundhöhle eine wesentliche Rolle spielt, einerseits als Eingangspforte infektiöser Erkrankungen aller Art, anderseits daß sich die ersten Symptome einer Allgemeinerkrankung in der Mundhöhle und an ihren Organen manifestieren. Naturgemäß kommen letztere dem Zahnarzt zuerst zu Gesicht; bei Kenntnis des Zusammenhanges der allgemeinen Medizin mit der Zahnheilkunde wird er oft der erste sein, dem die Aufgabe zufällt, eine spezial-ärztliche Behandlung zu veranlassen. Dies gilt vor allem von dem großen Gebiet der benignen und malignen Tumoren. Die Radikaloperation solcher Tumoren vorzunehmen, ist Sache des Chirurgen; an den Zahnarzt tritt dann erst wieder die Aufgabe heran, einen möglichst gutsitzenden, vollwertigen Ersatz des durch die Operation hervorgerufenen Defektes zu schaffen.

Unter den definitiven Resektionen hat nur die totale Resektion eines Oberkiefers die Bedeutung einer typischen Operation.

Die Gefahr des Eingriffes liegt in der Blutung, welche das Leben gefährdet. Der Vermeidung der Blutaspiration dienen folgende Verfahren:

I. die prophylaktische Tracheotemie und Tamponade der Luftröhre, sie gestattet tiefe Narkose, erhöht aber die Operationsgefahr;

II. ihr ist perorale Tubage nach Kuhn (Intubation des Kehlkopfes) vorzuziehen;

III. die intratracheale Jnsufflationsnarkose (Metzler-Auer) kommt in Frage;

IV. die Operation am hängenden Kopf; sie erlaubt tiefe Narkose, erschwert aber den Zugang zum Operationsfeld, steigert die an und für sich erhebliche Blutung;

V. Operation in Leitungsanästhesie (Methode H. Braun) oder nach Haertel das Ganglion Gasseri durch Novocain-injektion zu anästhesieren.

Von den für die Operation in Frage kommenden Hautschnitten seien erwähnt, das Verfahren von Velpeau, Weber, Koch, Dieffenbach und Langenbeck.

Der Langenbecksche Weichteilschnitt beginnt am inneren Augenwinkel, folgt dem inneren Orbitalrande, biegt auf der Mitte des Jochbeins nach unten ab, kehrt zum äußeren Nasenlochwinkel zurück. Da der Knochen in Verbindung mit den bedeckenden Weichteilen aufgeklappt werden soll, wird der Lappen nicht von der Unterlage abpräpariert. Der Masseter wird vom Jochbeinrande getrennt, ein Elevatorium durch die Fossa pterygo-palatina in die Rachenhöhle gestoßen. Unter Leitung dieses Instrumentes führt man eine feine Stichsäge ein, deren Spitze, der vom Munde in den Rachen gelegte Finger, schützt. Darauf wird der Oberkiefer in der unteren Schnittlinie dicht oberhalb des Alveolarfortsatzes durchsägt, dann wird nach Ablösung der Weichteile der Jochbogen in der Mitte durchtrennt, schließlich, dem oberen Schnitt entsprechend, der Stirnfortsatz des Jochbeins bis zur Fissura orbitalis inferior und der Orbitaboden bis Tränenbein durchsägt. Der Oberkiefer läßt sich nun torflügelartig aufklappen und die Geschwulst radikal entfernen.

Während einige Chirurgen den Defekt sofort gedeckt wissen wollen, stellen sich andere auf den Standpunkt, nicht vor einer regulären narbigen Verheilung, eine Prothese anzufertigen. Meines Erachtens entscheidet man hier von Fall zu Fall. Zur Anfertigung der Prothese sei gesagt:

Ein mäßig großer Stentskloß wird erwärmt durch den Defekt in den Nasen-Rachenraum eingeschoben, seine dem Munde zu gelegene Oberfläche mit andersseitigem Gaumen in gleicher Höhe anmodelliert. Nach Erhärtung des Stentskloßes wird derselbe herausgehebelt, dann mit schwalbenschwanzförmigen Haftpunkten versehen für den Gipsabdruck. Der Gipsabdruck wird mit nach hinten verlängerten Abdrucklöffel genommen, nachdem kurz vorher der Stentskloß eingeführt war. Das durch den Abdruck erhaltene Modell zeigt dann (vorausgesetzt, daß Abdruck gut gelungen) den erhaltenen

Oberkiefer einerseits, den gesetzten Defekt anderseits in seiner ganzen Ausdehnung. Der Defekt selbst wird von zwei Seiten gestopft, mit Sand gefüllt, darauf Anfertigung der Prothese (Gaumenplatte) mit Klammern und Zähnen, sodann Zusammenvulkanisieren von Gaumenplatte und Obturator nach vorheriger Entfernung des Sandes mittels Lochbohrung in den Obturator; das entstehende Loch wird gleichzeitig zuvulkanisiert. Sodann peinlich genauste Ausarbeitung und Fertigstellung bis zum Einsetzen. Der Patient wird bei einiger Intelligenz und Geduld verhältnismäßig schnell das Einsetzen und Herausnehmeu der Prothese und deutliches Sprechen erlernen.

Das Hand in Handarbeiten des Chirurgen und Zahnarztes in bezug auf die Behandlung von Patienten, welche mit Tumoren der Kiefer befallen sind, wird bei frühzeitiger Erkenntnis der Sachlage zu einem günstigen Resultat führen und den Patienten möglichst dauernd von Unannehmlichkeiten befreien.